

別紙 1 (第 3 条関係)

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

美 深 町 長 様

申請者 住所  
氏名  
対象者との続柄

下記のとおり重度心身障害者医療費受給資格の登録を受けたいので申請します。(障害・障老)

※ 受 給 者 番 号							
申 請 内 容	対 象 者 の 状 況	(ふりがな)	住所				
		対 象 者					
		生 年 月 日	年 月 日	個人番号			
		(ふりがな)	住所				
		世 帯 主					
受 給 資 格 要 件 の 状 況	身 体 障 害 者 手 帳	交付年月日			身体障害者の	級	
		番 号			等 級		
	の 知 能 指 定 数	養育手帳	交付年月日			判 定	
		判 定 (診 断)	判定(診断)年月日			総 合 判 定 (診 断)	
	医 療 保 険	種 別		記号		付加	有・無
		被保険者 (世帯主)		番号		給付	
添 付 書 類						名 称	

重度心身障害者医療費受給者証の交付を受けるために、私の世帯の所得及び課税状態を受給資格が喪失するまでの間美深町担当職員が調査することについて、代表して同意(承諾)します。

氏名

※ 決 定 欄	1 上記申請内容を審査の結果、適当と認められたので、受給者証を交付する。		
	2 次の理由により上記申請を却下する。		
却 下 理 由		決 定 年 月 日	

所得・課税台帳により確認  
住民基本台帳により確認  
身体障害者手帳により確認  
在学証明書により確認  
療育手帳により確認  
年 月 日確認  
確認者氏名  
( 1 割・初診 )

(注) 申請者は※欄は記入しないでください。

